**佐井村施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書（兼保育所利用申込書）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 令和　　　年　　　月　　　日保護者住所　青森県下北郡佐井村大字　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　自宅電話　　　　　　　　　携帯電話　　　　　　　（　父・母・　　） |

佐井村長　あて

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

また、下記の事項について同意します。

①村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。

②その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設に対して提示すること。

③支給認定申請の結果について、新年度4月からの入所に併せて申請をした場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る小学校就学前子ども | ふりがな | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 障害者手帳の有無 |
| 氏名 |
|  | 令和　　　　年　月　日平成 | 歳 | 男女 | 有　・　無 |
|  |
| 個人番号 |  | 支給認定番号 |  |
| 保育の希望の有無 | 有 | 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 |
| 無 | 　幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願の場合を除く） |

　**・「有」を○で囲んだ場合は、①～③ に、「無」を○で囲んだ場合は ①～② を記入してください。**

1. **世帯の状況**（本人は除き、世帯分離を含む同居者すべてをご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **区****分** | **ふりがな****氏　　名** | **子どもとの続柄** | **生年月日** | **性別** | **勤務先名****または学校名** | **個人番号** |
| **子****ど****も****の****世****帯****員** |  |  | 大正昭和平成令和 | * ・
 | 男 |  |  |
| 女 |
|  |  | 大正昭和平成令和 | * ・
 | 男 |  |  |
| 女 |
|  |  | 大正昭和平成令和 | * ・
 | 男 |  |  |
| 女 |
|  |  | 大正昭和平成令和 |  . . | 男 |  |  |
| 女 |
|  |  | 大正昭和平成令和 |  . . | 男 |  |  |
| 女 |
|  |  | 大正昭和平成令和 |  . . | 男 |  |  |
| 女 |
|  |  | 大正昭和平成令和 |  . . | 男 |  |  |
| 女 |
| **生活保護の適用の有無** | **□適用無　　　□適用有（平成・令和　年　月　日　開始・開始予定）** |

**※裏面もご記入ください。**

**②　利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用を希望する期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から □就学前まで　□その他（令和　　年　　月　　日）まで |
| 利用希望施設（事業者）名 | 第１希望 |  | 希望理由 |  |
| 第２希望 |  | 希望理由 |  |
| 第３希望 |  | 希望理由 |  |
| 第４希望以下 |  |

**③　保育の利用を必要とする理由等**※保育所等において保育の利用を希望する場合のみ下記を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由　※下記を証する書類を添付してください。 | 備考 |
| 区分 | 具体的な状況 |
| 父 | □就労 | 一日の就労時間（　　　　：　　　　）・一か月の就労日数（　　　　　　　日） |  |
| □疾病・障害 | 傷病名（　　　　　　　　　　　）・障害の場合（　身・療・精　　　　　　　　級） |
| □介護等 | 要介護者の続柄（　　　　　）・要介護度（　　　　　　）・傷病名（　　　　　　　　） |
| □災害復旧 |  |
| □求職活動 |  |
| □就学 | 就学先（　　　　　　　　　　　）・期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） |
| □その他 |  |
| 母 | □就労 | 一日の就労時間（　　　　：　　　　）・一か月の就労日数（　　　　　　　日） |  |
| □妊娠・出産 | 出産予定日（　　　　年　　　　月　　　　日） |
| □疾病・障害 | 傷病名（　　　　　　　　　　　）・障害の場合（　身・療・精　　　　　　　　級） |
| □介護等 | 要介護者の続柄（　　　　　）・要介護度（　　　　　　）・傷病名（　　　　　　　　） |
| □災害復旧 |  |
| □求職活動 |  |
| □就学 | 就学先（　　　　　　　　　　　）・期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） |
| □その他 |  |
| 家庭の状況 | □ひとり親家庭（令和　　年　　月事由発生・児童扶養手当受給（ 有・申請中・ 無 ）　□左記以外 |
| 希望する利用時間 | 利用曜日（○を付けてください） | 利用時間 |
| 月　　火　　水　　木　　金　　土 | 　　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 利用区分の希望 | □保育標準時間利用（1日最大11時間までの利用）□保育短時間利用　（1日最大8時間までの利用） |

○　「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

○　字は楷書ではっきりと記入してください